



Communication Courte

L'Hystérectomie Vaginale dans le Service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali

Vaginal hysterectomy in the gynecology department of the Hospital du MALI

Traoré Alassane¹, Coulibaly Mamadou Bakary¹, Traoré Soumana Oumar², Sissoko Abdoulaye³, Diani Nouhoum⁴, Mangara Fatou Sadio¹, Coulibaly Ousmane⁵, Traoré Youssouf⁶, Mounkoro Nani⁶

RÉSUMÉ

1 Service de gynécologie de l'hôpital du MALI
 2 Service de gynécologie-Obstétrique CSREF Commune VI
 3 Service de gynécologie-obstétrique Luxembourg
 4 Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital du Mali
 5 Service de gynécologie-obstétrique Hôpital YelgadoOuedrago
 6 Service de gynécologie-obstétrique CHU Gabriel Touré

Auteur correspondant :

Dr Alassane Traore, Maitre-Assistant en Gynécologie Obstétrique Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTBB), Tél: +223 76191312, [mail: alassane200@yahoo.fr](mailto:alassane200@yahoo.fr)

Mots clés : hystérectomie, vaginale, mali.

Key words: vaginal hysterectomy, Hôpital du Mali.

L'objectif de ce travail était d'étudier l'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie de l'Hôpital du Mali. **Matériel et méthodes.** L'étude descriptive avec collecte prospective des données dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali sur une période d'un an de février 2014 à janvier 2015. L'échantillonnage était exhaustif et a porté sur toutes les patientes ayant bénéficié d'hystérectomie vaginale dans le service durant la période d'étude. **Résultats.** Durant la période d'étude, 57 hystérectomies ont été réalisées dont 20 (35,08%) par voie abdominale et 37 (64,91%) par voie vaginale. L'âge moyen des patientes chez qui une hystérectomie vaginale a été pratiquée était de 50 ans. Les multi gestes ont représenté 70,30% de l'échantillon contre 37,80% de grandes multipares. Trois(3) patientes étaient fonctionnaires (8,1%), et 32(86,5%) des femmes au foyer. La majorité des patientes était ménopausée (65%). La principale indication de l'hystérectomie vaginale était le prolapsus utérin dans 27 cas (73%), suivi du cancer du col utérin in situ dans 4 cas (8,1%). La transfusion sanguine a été réalisée en per-opératoire chez 4 patientes (10,81%), la durée moyenne d'hospitalisation était de trois (3) jours. Quatre (4) cas de cancers in situ ont été retrouvés à l'examen histologique. **Conclusion.** La majeure partie des hystérectomies dans le service de gynécologie de l'Hôpital du Mali se font par voie vaginale.

ABSTRACT

Introduction. The objective of this work was to study vaginal hysterectomy in the gynecology department of the Hospital of Mali. **Materials and methods.** the descriptive study with prospective data collection in the Gynecology department of the Mali Hospital over a period of one year from February 2014 to January 2015. The sampling was exhaustive and covered all patients having benefited from vaginal hysterectomy in the department during the study period. **Results.** during the study period, 57 hysterectomies were performed, including 20 (35.08%) abdominally and 37 (64.91%) vaginally. The average age of patients in whom a vaginal hysterectomy was performed was 50 years. Multi gestures represented 70.30% of the sample against 37.80% of large multiparas. Three (3) patients were public servants (8.1%), and 32 (86.5%) were housewives. The majority of patients were menopausal (65%). The main indication for vaginal hysterectomy was uterine prolapse in 27 cases (73%) followed by cervical cancer in situ in 4 cases (8.1%). The blood transfusion was performed intraoperatively in 4 patients (10.81%), the average hospital stay was three (3) days. Four (4) cases of in situ cancer were found on histological examination. **Conclusion.** The majority of hysterectomies in the gynecology department of the Mali Hospital are done vaginally.

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale est l'ablation chirurgicale du tissu utérin, en utilisant le vagin comme voie d'abord [1]. C'est une intervention très fréquente dans le monde dont le pourcentage varie dans la littérature entre 21 % et 89 % selon Lansac [1]. En 2016 en France, 51315 hystérectomies ont été réalisées dont 19074 (37,2%) par voie vaginale [2]. En dehors des pathologies néoplasiques avancées du col et de l'utérus, 80 % des hystérectomies sont pratiquées par voie vaginale dans les pays anglo-saxons [3]. En 2009 l'American Congress of obstetricians and Gynecologists (ACOG) a comparé les différentes techniques chirurgicales. Cette société savante recommandait de réaliser l'hystérectomie vaginale car elle offrait de meilleures suites opératoires

et moins de complications [4]. Une étude sur les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G au Mali, entre 1991-1999 a montré que 12,3 % des hystérectomies ont été réalisées par voie vaginale [5]. A l'Hôpital du Mali aucune étude n'a été réalisée sur l'hystérectomie voie basse, ce qui a motivé cette étude dont l'objectif était d'étudier l'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude descriptive avec collecte prospective des données a été réalisée dans service de gynécologie de l'hôpital du Mali sur une période d'un an (février 2014 à janvier 2015). L'échantillonnage était exhaustif et portait sur toutes les femmes chez qui il a été pratiqué une

hystérectomie vaginale. Les fiches d'enquête, les l'interview, les dossiers médicaux et le registre de compte rendu opératoire ont été les principales sources de données utilisées. L'obtention du consentement éclairé de toutes les femmes a été un préalable à l'inclusion dans cette étude. La voie d'abord chirurgicale a été décidée en réunion pluridisciplinaire assortie d'un bilan préopératoire et d'une visite pré anesthésique. Toutes les interventions ont été programmées et une hospitalisation d'au moins 24 heures avant l'intervention était obligatoire. Les variables étudiées ont été les suivantes : l'âge, la gestité, la parité, les indications, le type d'intervention, les complications, la durée de l'hospitalisation, la satisfaction des patientes. Après la sortie de l'hôpital les patientes ont été revues en consultation externe à une périodicité de trois, neuf et douze mois. Un appel téléphonique tous les trois mois jusqu'à deux ans a été effectué. La reprise de la sexualité a été autorisée 2 mois après l'intervention.

RÉSULTATS

Sur une période d'un an, 57 hystérectomies ont été réalisées à l'Hôpital du Mali. La voie vaginale représentait 37 cas (64,91%) et la voie abdominale 20 cas (37,08%).

Caractéristiques sociodémographiques de la population (tableau I)

La moyenne d'âge des patientes était de 50 ans avec des extrêmes de 28 et 62 ans. Les patientes étaient des grandes multipares (37,80%), des femmes au foyer (86,5%), non scolarisées (81%), mariées (86,48%) et ménopausées (65%).

Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques de la population

Variable	Moyenne/ Effectif (%)
Age	50 (28 – 62)
Gestité	5 (0-12)
Parité	4 (0-10)
Antécédent d'HTA	2 (5,4)
Antécédent de diabète	1 (2,7)
Non scolarisées	30 (81)
Femme au foyer	32 (86,5)
Ménopausée	24 (65)

Données opératoires (Tableau II)

La principale indication de l'hystérectomie vaginale a été le prolapsus utérin dans 22 cas (59,5%) puis le cancer du col in situ 4 cas (10,8%). Nous avons effectué une hystérectomie totale, avec conservation des annexes chez 32 cas (86%), l'hystérectomie avec annexectomie unilatérale chez une (1) patiente et l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale chez 4 (10,8%) autres patientes. L'anesthésie locorégionale a été pratiquée chez 36 patientes (97,3%). Les complications grade II selon la classification de Clavien – Dindo (*Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade I: Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion*) ont été retrouvées chez 4 patientes (11%). Elles ont toutes été

transfusées pendant l'intervention. La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 3 jours (54,1%).

Tableau II : Les données opératoires

Données	n(%)
Indication opératoire	
Fibrome utérin	3 (8,1)
Prolapsus utérin	27 (73)
Ménométrorragies	3 (8,1)
Cancer du col in situ	4 (10,8)
Type d'anesthésie :	
Rachianesthésie	36 (97,3)
Anesthésie générale	1 (2,7)
Résultat de l'histologie :	
Cancer du col in situ	4 (10,8)
Normal	7 (18,9)
Non fait	26 (70,3)

Les patientes opérées avaient majoritairement une opinion satisfaisante de leur prise en charge 36 (97,3%) et 19 d'entre elles (51,4%) déclaraient avoir une sexualité satisfaisante.

Quatre (4) cas de cancers in situ ont été retrouvés à l'examen histologique.

DISCUSSION

La réalisation de l'hystérectomie par voie vaginale devrait obéir à certaines règles pour éviter les risques de complications. Les pelvis cicatriciels, la présence de masse pelvienne de grande taille peuvent constituer des contre-indications à sa réalisation. Le choix de la voie vaginale devrait être envisagé chaque fois que les conditions anatomiques et chirurgicales le permettent surtout en cas de prolapsus utérin. Sur un total de 57 hystérectomies, 37 ont été pratiquées par voie vaginale (64,91%). Sissoko S [6], avait rapporté un taux 25% au Centre Hospitalier Universitaire du point G. Mulbah J [7] a retrouvé un taux de 22,5% au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Comme dans l'étude de Sissoko S [6], l'âge moyen des patientes était de 50 ans avec les extrêmes de 28 et 62 ans. La tranche d'âge de 50 à 60 ans a été la plus touchée avec 56,8%. Ces patientes ont accepté l'intervention chirurgicale après plusieurs années de traitement traditionnel. Mais c'est surtout le caractère irréductible du prolapsus qui amenait ces patientes à consulter et à se faire opérer. Sissoko S avait rapporté 69% d'hystérectomie vaginale chez les grandes multipares et 60,61 % pour Mulbah. J[7] chez les multipares. Reboul Q [2] rapportait une moyenne d'enfant de 2,2 chez les patientes chez qui il avait pratiqué une l'hystérectomie vaginale. La rééducation périnéale est encore peu pratiquée au Mali. Pour Deffieux X [8], rééducation périnéale n'est pas recommandée pour le traitement et la prévention des prolapsus. Pour lui, elle est indiquée pour le traitement de l'incontinence urinaire.

La principale indication de l'hystérectomie vaginale a été le prolapsus utérin avec 27 cas (soit 73%). Ce taux élevé s'expliquerait par les accouchements multiples et laborieux, à l'origine des prolapsus dans les pays où l'indice de fécondité est élevé dont le nôtre. Tous les cas

de prolapsus utérin dans notre étude étaient survenus chez des multipares. Dans l'étude de Reboul Q [2] en France, seules 3 patientes (soit 4,6%) étaient opérées pour prolapsus utérin.

La transfusion sanguine a été réalisée chez 4 patientes (11%). L'hystérectomie vaginale pratiquée dans des conditions optimales épargne en général la patiente des transfusions sanguines avec ses corollaires d'accidents transfusionnels (réaction allergique, transmission de maladies infectieuses, iso-immunisation).

L'anesthésie loco-régionale a été pratiquée chez 36 patientes (97%). Elle est moins invasive, permet une alimentation et une déambulation précoce dans le post-opératoire. Dans l'étude de Reboul Q [2], l'anesthésie générale a été la plus utilisée chez 61 patientes soit 93,8%. La durée d'hospitalisation moyenne était de 3 jours dans notre étude. Cosson M [10] et Kouma A [9] ont respectivement des durées moyennes d'hospitalisation de 4 jours et 6 jours. Le séjour hospitalier doit être réduit au maximum possible pour permettre aux patientes de retrouver un cadre familial beaucoup plus plaisant mais aussi éviter les infections nosocomiales. Reboul Q [2] a réalisé l'hystérectomie vaginale en ambulatoire chez 65 patientes.

Selon la classification de Clavien-Dindo, nous avons enregistré des complications grade II (*Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade I: Thrombose veineuse, périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion*) chez 4 patientes (11%). Elles ont été transfusées en per-opératoires et avaient toutes un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dl avant l'intervention chirurgicale. Dans l'étude de Reboul Q [2], 15 patientes (23,07 %) ont présenté des complications dont 11 étaient de grade I (*Tout événement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie: Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet de la patiente*) et 4 de grade II. L'hystérectomie vaginale est une intervention esthétique avec peu de complications et de gravité moindre. Une méta-analyse comparant l'hystérectomie coelioscopique (HC) et l'hystérectomie vaginale (HV) ayant inclus 5 études randomisées soit un total de 663 patientes (331 HV Vs 332HC) dont le critère de jugement principal était la prévalence des complications péri-opératoires (complications intra-opératoires et postopératoires jusqu'à 6 semaines) n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre L'hystérectomie vaginale (89/331) et l'hystérectomie coelioscopique (113/332) (OR= 0,87, IC 95% : 0,38 – 2 ; p = 0,74) (NP2) [13].

La reprise de l'activité sexuelle était autorisée 2 mois après l'intervention au cours de laquelle, 19 patientes (51,4%) signalaient une entière satisfaction. La sexualité demeure une préoccupation majeure et de nombreuses questions sont soulevées avant et après l'hystérectomie vaginale. Chez une patiente informée et correctement évaluée avant l'intervention, l'hystérectomie ne semble pas avoir de répercussions négatives sur la sexualité

qu'elle peut d'ailleurs même améliorer. Néanmoins, nous admettons que la conservation cervicale, chez certaines femmes puisse avoir un rôle en termes de plaisir davantage pour des raisons « balistiques » et « fantasmatiques » qu'organo-physiologiques [12]

CONCLUSION

L'hystérectomie vaginale est une intervention chirurgicale comportant un bénéfice esthétique incomparable puisqu'elle est réalisée par les voies naturelles. Elle offre à la patiente des meilleures suites opératoires.

DÉCLARATION

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

RÉFÉRENCES

- Lansac J, G. Body, Magnin. G. La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; Paris 1998. Page 23 à 48; 227 à 242.
- Q. Reboul, A. Mehdi, C. Chauleur. L'hystérectomie par voie vaginale en ambulatoire : étude de faisabilité et de satisfaction des patientes https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.12.010_2468-7189
- Bayo. A. Les ruptures utérines à propos de 58 cas récentes à l'Hôpital Gabriel Touré ; Thèse Med. Bamako 1991 n°4.
- ACOG Committee opinion N0. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *ObstetGynecol* 2009; 114(5):1156-8.
- Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas ;Thèse Med. Bamako 2000.n° 98.
- Sissoko S. Les hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Point G. à propos de 58 cas Thèse Med. Bamako 2001-2002°
- Mulbah J. Place d hystérectomies vaginale dans le service de gynéco obstétriques de l'hôpital Gabriel Toure ;Thèse Med. Bamako 2002. 2004°
- 8X. Deffieux, S. Vieillefosse, S. Billecocq, A. Battut, J. Nizard, B. Coulm, T. Thubert. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.023_0368-231
- Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas ;Thèse Med. Bamako 2000.n° 98.
- Cosson M. Hystérectomie passé, présent, avenir. Thèse Lille 1991.
- T. Gauthier, S. Huet, M. Marcelli, G. Lamblin, G. Chêne. Hystérectomie pour pathologie bénigne : choix de la voie d'abord, technique de suture vaginale et morcellement
- B. Faton, J. Amblard, B. jacquetin. Faut-il réaliser une hystérectomie lors de la cure de prolapsus. 0003-4401/\$ - see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS. doi:10.1016/j.anuro.2007.04.001
- Gendy R, Walsh CA, Walsh SR, Karantanis E. Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J ObstetGynecol* 2011; 2004: 338e 1-8e.
- K. Trabelsi, J. Jedidi, S. Yaich, D. Louati, H. Amouri, A. Gargouri ; J. Damak, A. Guermazi. Les complications maternelles per-opératoires de la césarienne : à propos de 1404 cas